

# Realschule plus Flonheim

## 1. Persönliche Daten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Schuljahr der Teilnahme

\_\_\_\_\_  
derzeitige Klasse

\_\_\_\_\_  
Tel. für Rückfragen

## 2. Betreuungszeit

Die Betreuung findet nur an Schultagen statt.

Max. Betreuungszeit: Montag-Donnerstag, 13.05 – 16.00 Uhr (Angaben unter Punkt 3 Mittagsverpflegung erforderlich)

## 3. Mittagsverpflegung

Die Mittagsverpflegung wird an Schultagen von Montag bis Donnerstag angeboten.

Die Anmeldung erfolgt für (bitte ankreuzen):

4 Tage/Woche      Teilnahme: Montag bis Donnerstag

3 Tage/Woche      Wochentage der Teilnahme: \_\_\_\_\_

## 4. Erklärung

Ich/Wir als Sorgeberechtigte für das unter Nr. 1 bezeichnete Kind, erkläre/erklären mich/uns mit meiner/unserer eigenhändigen Unterschrift, dass ich/wir von den beiden Satzungen über die Betreuende Realschule plus und über die Mittagsverpflegung Kenntnis genommen habe(n) und uns mit den dortigen Regelungen einverstanden erkläre(n). Insbesondere ist mir/uns bewusst, dass diese Anmeldung für das **komplette** Schuljahr (jeweils vom 01.08. – 31.07. eines jeden Jahres) gilt. Eine Abmeldung von dem Betreuungsangebot sowie von der Mittagsverpflegung vor Ende eines Schuljahres ist **nur** unter den in den Satzungen genannten wichtigen Gründen möglich. Sollte ich/wir mein/unser Kind vor Ablauf des Schuljahres von den beiden Angeboten abmelden und es liegt ein solcher wichtiger Grund nicht vor, ist mir/uns bewusst, dass ich von der monatlichen Zahlung der entsprechenden Gebühren nicht entbunden werden kann. Die beiden maßgeblichen Satzungen können auf unserer Homepage: [www.alzey-land.de](http://www.alzey-land.de), oder bei der Verbandsgemeindeverwaltung Alzey-Land, Frau Hübel, Zimmer 3, Weinrufstraße 38, 55232 Alzey eingesehen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift **beider** Sorgeberechtigter

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die Verbandsgemeindekasse Alzey-Land, (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000020115) Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Verbandsgemeindekasse Alzey-Land auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der/des Kontoinhaber/s

\_\_\_\_\_  
Name des Kreditinstitutes

IBAN:    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_ \_ \_ |    \_ \_ \_

BIC:    \_ \_ \_ \_ \_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers bzw. beider Kontoinhaber